

**LES OUTILS D'ÉVALUATION DU TRAUMATISME
PSYCHIQUE. REVUE DE LA LITTÉRATURE**

**TOOLS FOR EVALUATING PSYCHIC TRAUMA. LITERATURE
PAPER**



BENAMSILI Lamia *

Université de Bejaia, haderbache- Algérie

lamia@gmail.com

Date de soumission: 30/04/2020 date d'acceptation: 20/05/2020 Date de publication: 31/12/2020



Résumé

L'objectif de ce présent article est de revenir sur les outils psychométriques permettant une évaluation du traumatisme psychique. En effet, l'évaluation psychologique implique habituellement le recours aux tests psychométriques dans le but de se prononcer, en tant que clinicien, professionnel de la santé mentale, dans un rapport final ou encore un compte rendu, sur le diagnostic établi et aussi la procédure à suivre pour prendre en charge, le cas échéant, le trouble défini.

L'apport de l'auteur est à situer dans la discussion de la problématique de l'application des tests psychologiques, y compris, ceux relatifs au psychotrauma, dans la société algérienne.

Mots clés : outils ; évaluation ; traumatisme psychique ; tests psychométriques ; société algérienne.

Auteur expéditeur The aim of this article is to come back to psychometric tools allowing an assessment of psychological trauma. Indeed, the psychological evaluation usually involves the use of psychometric tests in order to decide, as a clinician, mental health professional, in a final report or even a report, on the diagnosis

* *Auteur expéditeur*

established and also the procedure. to be followed to manage, if necessary, the defined disorder.

The author's contribution is to be placed in the discussion of the problem of the application of psychological tests, including those relating to psychotrauma, in Algerian society.

Keywords: tools; Evaluation ; psychological trauma; psychometric tests; Algerian company.

Introduction :

L'intérêt des psychologues pour la psychotraumatologie ne cesse de croître de jour en jour. À l'origine de tout psychotraumatisme se trouve un fait fondamental et nécessaire, c'est l'évènement.

Dans ce cadre, notre pays a connu plusieurs évènements potentiellement traumatiques, à savoir, la guerre de libération nationale, la vague d'attentats terroriste durant la décennie noire, les catastrophes naturelles telles que les inondations de Bab el Oued en 2001 et le séisme de Boumerdès en 2003, les évènements sociaux tels que ceux d'octobre 1988, les évènements de Kabylie de 2001 et plus récemment ceux de Ghardaïa. Tous ces évènements cités ont produit une souffrance psychique de l'ordre, notamment, du traumatisme psychique. Dès lors, le psychologue clinicien se doit, dans sa pratique clinique, de diagnostiquer et de prendre en charge ce type de trouble.

Dès lors, l'évaluation psychotraumatique s'étaye sur divers tests psychologiques permettant un meilleur dépistage du trouble et donc une prise en charge précoce et adéquate quant à la souffrance qui en découle.

Par ailleurs, il est à noter que l'ordre adopté dans la présentation des différents outils, est un ordre chronologique.

1. L'évaluation psychologique du traumatisme psychique

Ce point a pour but de s'attarder sur la notion de l'évaluation psychologique et celle du traumatisme psychique.

1.1. La question de l'évaluation psychologique :

Les termes « évaluation psychologique » eux-mêmes ne sont pas neutres. Ils véhiculent parfois une connotation trop médicale et on leur préfère souvent ceux d'« examen psychologique », plus larges et parfois plus flous. Mais la question de l'évaluation psychologique est centrale, car elle représente une part importante de l'expertise du psychologue et un des seuls actes qui lui est absolument réservé. L'évaluation psychologique est, par ailleurs, une démarche d'exploration et de communication qui soutient l'élaboration du plan d'intervention dans un cadre de soin et la rédaction d'un rapport d'expertise dans un cadre légal.

L'évaluation psychologique répond ainsi à une problématique initiale à l'aide d'outils choisis par le psychologue qui transmet ses conclusions à ses partenaires. Sa définition, tout comme sa réalisation ne vont pas toujours de soi (Houdry, 2017 : 12).

Arrêtons-nous un instant sur l'évaluation psychométrique qui, littéralement, est la mesure des dimensions psychologiques. Celle-ci s'inscrit dans une démarche globale. L'entretien et les autres méthodes d'évaluation du psychisme (tels que les méthodes projectives) sont autant d'outils qui peuvent apporter des éléments importants à la compréhension de la problématique du sujet rencontré. Par ailleurs, l'enjeu se situe au niveau de l'interprétation des résultats obtenus, mais aussi de la cohérence de ceux-ci avec la dynamique psychique du sujet (Conradi, Régnier, 2019 : 53). Bioy et Fouques (2008) définissent l'évaluation psychométrique comme étant l'« ensemble des méthodes d'évaluation utilisant des outils standardisés et scientifiquement validés permettant de mesurer des composantes psychologiques et au-delà, participant à la compréhension des phénomènes psychiques d'un sujet » (Bioy, Fouques, 2008 : 13).

L'évaluation a pour but de comprendre quelle est la nature du problème qui se pose au regard du contexte dans lequel il se situe, quelle est son ampleur, quelle est l'intensité du handicap qu'il présente pour le sujet lui-même et pour son entourage, c'est-à-dire sa gravité, et, avec l'examen psychologique, quelles sont les difficultés et dysfonctionnements propres au sujet, ainsi que les secteurs de bon ou de meilleur fonctionnement de son appareil psychique, sur lesquels une intervention pourra s'appuyer. Une évaluation psychologique vient répondre à un problème qui entraîne des souffrances, pour le sujet lui-même et/ou pour son entourage. Le psychologue va tenter de résoudre ce problème, de proposer des solutions. Ayant accepté cette mission, le psychologue est tenu d'apporter des réponses aux intéressés, oralement, mais souvent aussi sous forme écrite (Andronikof, 2017 : 15).

On comprend qu'il est primordial que cette évaluation chiffrée de dimensions psychologiques s'inscrive dans une évaluation plus globale, car l'interprétation relève d'une compétence propre aux psychologues, et les liens entre les dimensions psychologiques et la personnalité sont autant d'éléments à prendre en compte.

1.2. La question du traumatisme psychique :

Freud définit le traumatisme psychique dans son livre « au-delà du principe de plaisir » (1920) comme suit : « *nous appelons traumatiques les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-*

excitations. Je crois qu'on ne saurait comprendre le concept de traumatisme sans le mettre ainsi en rapport avec la notion d'une mise à l'écart d'ordinaire efficace des excitations. Un événement comme le traumatisme extérieur provoquera à coup sûr une perturbation de grande envergure dans le fonctionnement énergétique de l'organisme » (Freud, 1920/2013 : 71). Laplanche et Pontalis définissent le traumatisme psychique dans leur « vocabulaire de la psychanalyse » (1967) comme suit « Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations » (Laplanche, Pontalis, 1967/1994 : 499). Pour Barrois, dans son livre « les névroses traumatiques » (1998), le traumatisme est « un choc violent, inattendu, né d'une rencontre avec le « réel » de la mort, la personne y réagit avec effroi et dans un sentiment d'impuissance et d'absence de secours. Ensuite, l'événement effrayant reste non intégré au psychisme, revenant de façon compulsive dans des sensations de reviviscence ou comme menace imminente » (Barrois, 1998 : 5). Crocq définit le traumatisme psychique dans son livre « Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes » (2007) comme suit « un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (Crocq, 2007 : 7). Pour Lebigot dans son livre « le traumatisme psychique » (2011) ce trouble « résulte de l'invasion de l'espace mental du sujet par le réel de la mort, le néant comme expérience. La victime sort de cette rencontre avec des éprouvés extrêmes qui feront le socle des symptômes de la névrose traumatique : cauchemars, angoisse de néantisation, dépression, troubles des conduites, maladies psychosomatiques. Le point central de ces éprouvés est un sentiment soudain, violent, durable, douloureux de déshumanisation » (Lebigot, 2011 : 5).

Dans le DSM 5 (2015), les troubles liés aux traumatismes et aux stress constituent une catégorie distincte. Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress regroupent des troubles pour lesquels l'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critère diagnostique. Le DSM 5 compte pour le TSPT le

nombre de 20 symptômes et impose un seuil de 6 pour le diagnostic. L'ensemble des critères sont disponibles dans le manuel en question.

Pour le trouble de stress post-traumatique, la CIM 11 écrit « Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un trouble qui peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles. Il se caractérise par tout ce qui suit : 1) revivre le ou les événements traumatiques du présent sous forme de mémoires intrusives vives, de flash-back ou de cauchemars. Celles-ci sont généralement accompagnées d'émotions fortes ou écrasantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de fortes sensations physiques; 2) éviter les pensées et les souvenirs de l'événement ou des événements, ou éviter les activités, les situations ou les personnes qui font penser à l'événement ou aux événements; et 3) des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue, par exemple, comme indiqué par l'hypervigilance ou par une réaction de surprise accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent des troubles significatifs du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre » (<https://icd.who.int/browse11/1-m/en>).

Nous allons, dans ce qui suit, proposer une revue de la littérature, plus au moins exhaustive, concernant les outils d'évaluation du traumatisme psychique, du moins les plus connus et les plus utilisés :

2. Les outils d'évaluation du trauma : Revue de la littérature

Les patients traumatisés cherchent souvent de l'aide pendant une crise. Même s'ils ont besoin d'une assistance immédiate, il est essentiel de ne pas renoncer aux procédures normales d'évaluation, avec un diagnostic complet, des tests psychologiques et un relevé complet de l'histoire du sujet (Allard-Dansereau, Cyr, Hébert, Tourigny, 2017, p.32). Dès lors, l'évaluation des troubles liés aux événements traumatiques demande aux cliniciens de considérer plusieurs aspects, et ce, à l'aide de différentes méthodes : l'entrevue clinique, l'utilisation des mesures quantitatives ainsi que les différents instruments de mesure validés et les instruments de mesures des conséquences psychopathologiques spécifiques à un événement traumatique (Guay, Marchand, 2006 : 9).

La revue de la littérature internationale effectuée ici a pour objectif de déterminer les instruments disponibles pour la mesure du psychotrauma. Divers questionnaires et échelles tentent d'évaluer l'impact traumatique. Voyons le résultat de notre recherche :

On cite l'*Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) basée sur l'échelle d'Horowitz et al. L'IES-R [32] est un outil d'auto-évaluation de l'impact traumatique. Cette échelle comprend 22 items subdivisés en trois catégories représentatives de la symptomatologie psychophysiologique du traumatisme : l'évitement, l'intrusion et l'hyperactivité neurovégétative. Chaque item se présente sous forme d'affirmation, que le sujet doit coter sur une échelle de 0 à 4 (0 étant « pas du tout » et 4 étant « extrêmement »), en fonction de son exactitude au regard de son vécu propre. Les qualités psychométriques de l'IES-R, validées auprès de différentes populations [31,30,3,15], en font un outil pertinent dans l'évaluation du traumatisme de l'annonce diagnostique, et de ses symptômes associés. La version française de l'IES-R a donc été utilisée dans la présente recherche, validée par Brunet et al, et pour laquelle les qualités psychométriques en font également un outil fiable dans l'évaluation des symptômes du stress post-traumatique (Beck, 2008).

On retrouve également l'Échelle de L'ESPT administrée par le clinicien (CAPS), La CAPS est en soi une entrevue clinique structurée destinée à évaluer les dix-sept symptômes d'un état de stress post-traumatique (ESPT) décrit dans le DSM-III-R, ainsi que huit caractéristiques associées. Elle doit être utilisée par des spécialistes de la santé mentale habitués à effectuer des entrevues diagnostiques et possédant une connaissance élémentaire de la psychopathologie et du DSM En règle générale, les scores devraient se baser sur le compte rendu fait par le patient. Cependant, le score final devrait être fixé à partir d'une appréciation globale du compte rendu du patient, de la confiance de l'intervieweur en ce compte rendu et du comportement du patient pendant l'entrevue. La période de référence d'évaluation de chaque point correspond au mois précédent ou à une période d'un mois suivant le trauma, dans le cas de la formule 1 (version Diagnostic actuel et à vie) ou à la semaine précédente dans le cas de la formule 2 (version Condition symptomatique sur une semaine). La CAPS permet d'évaluer : a) la fréquence et l'intensité de chaque symptôme, b) l'incidence des symptômes sur le fonctionnement social et professionnel du patient, c) la sévérité globale de l'ensemble des symptômes, d) l'amélioration globale du patient depuis le début et e) la validité des scores obtenus. La formule 1 de la CAPS permet à l'intervieweur clinicien d'établir des diagnostics actuels et à vie de l'ESPT du DSM-III-R, tandis que la formule 2 lui permet d'évaluer la condition symptomatique actuelle de l'ESPT. Les CAPS-1 et CAPS-2 peuvent être utilisées autant pour les patients hospitalisés que pour les patients en consultation externe. Des

modifications apportées à la CAPS pour le DSM-IV : 1. Désignation et acronyme. À l'origine, la version diagnostic actuel et à vie s'appelait la CAPS-1, et celle qui portait sur la condition symptomatique sur une semaine, la CAPS- 2. Les désignations et acronymes officiels des versions destinées aux adultes de la CAPS pour le DSM-IV s'établissent comme suit : a) Échelle de l'ESPT du DSM-IV administrée par le clinicien – version Diagnostic actuel et à vie (CAPS-DX); b) Échelle de l'ESPT du DSM-IV administrée par le clinicien – version Condition symptomatique sur une semaine (CAPS-SX) (Blake, 1990).

On cite également le questionnaire bref de quatre questions utilisées ci-dessous est « the screen for PTSD in primary care (PC-PTSD) ». Ce questionnaire a été développé par « the Education Division or the National Center for PTSD » avec l'aide des patients dans une clinique de soins primaires des vétérans des États-Unis. La consigne dit « *Dans votre vie, avez-vous eu une expérience si effrayante, si horrible ou si bouleversante que dans le dernier mois, vous...* » : Avez eu des cauchemars du traumatisme où vous y avez pensé quand vous ne vouliez pas ? Avez essayé fort de ne pas y penser ou vous avez fait tout votre possible pour éviter des situations qui vous rappelle du traumatisme ? Étiez constamment sous vous garde, attentif ou facilement surpris ? Vous sentiez tristes ou détachés des autres, activités ou alentours ? (Prins, 1999).

On aborde maintenant le questionnaire de stress post-traumatique (QSPT). Cet auto-questionnaire a été réalisé d'après le *Post-Traumatic Stress Disorder Interview* (PTSD-I) de Watson, traduit par Brunet en 1995 et adapté en auto-questionnaire par Jehel et al, en 1996. Ce questionnaire permet d'évaluer la présence d'un état de stress post-traumatique actuel ou passé, selon les critères d'évaluation du DSM-III-R. Le questionnaire est composé de 17 questions réparties en trois dimensions : les items un à quatre évaluent le syndrome de répétition, les items cinq à douze les mécanismes d'évitement et enfin les items treize à dix-sept évaluent les symptômes d'hyperactivation neurovégétatifs. Les symptômes doivent avoir été présents plusieurs fois par semaine sur une durée minimum d'un mois ou au cours des quatre dernières semaines afin de pouvoir être pris en compte. Le seuil pathologique est fixé à 51 si l'on fait la somme des codes associés aux réponses. Seules les réponses cotées au-dessus de « parfois » peuvent être considérées comme présentes (Laurin, Murat, Bescond, Marinescu, 2018, p479).

En 1997, Davidson Trauma Scale voit le jour. Cet instrument mesure les symptômes associés au Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT) chez l'adulte.

Toujours en 1997, un questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique (PDEQ). L'expérience péritraumatique est le vécu de la victime au moment de l'événement ainsi que quelques heures après. Le PDEQ, en combinaison avec le PDI permettent d'évaluer l'intensité de la réponse péritraumatique de la personne. Le PDEQ mesure les expériences de dissociation vécues pendant l'événement traumatique et les quelques heures suivante. Les personnes qui présentent une forte dissociation risquent de développer des troubles de stress post-traumatiques. Il est créé par le Pr. Alain Brunet, psychologue à l'université McGill à Montréal et auteur de la version française de cette échelle. Le questionnaire est composé de 10 items. Les items sont cotés sur une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (pas du tout vrai) à 5 (extrêmement vrai). Un score à partir de 15 indique une dissociation significative (Guay, 2006 : 10).

L'utilisation de ces instruments permet de faire le diagnostic d'état de stress post traumatique et des troubles associés, ainsi que d'en évaluer l'intensité, permettant d'apprécier au cours du temps l'efficacité des thérapeutiques. Parmi les entretiens structurés, on cite le *PTSD-interview* et la *Clinician Administered PTSD Scale*. Ces deux hétéro-questionnaires, comportant chacun dix-sept items, ont été traduits et validés en français (Granger, 2002 : 174). Damiani et Pereira-Fradin (2006) présente de leur côté le TRAUMAQ, un questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique.

Bouvard (2008) de son côté, présente dans son livre « *questionnaires et échelles d'évaluation de l'enfant et de l'adolescent* » un outil mesurant le traumatisme psychique chez l'enfant sous le titre : Index de réaction au Stress Post-Traumatique de l'enfant (CPTS-RI).

Dans le livre de Bouvard et Cottraux (2010) « *protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* », on retrouve une présentation des outils disponibles en français concernant l'évaluation de l'état de stress post-traumatique. sont cités le PCLS (version stress de l'échelle de stress post-traumatique-Weathers- évaluation de la sévérité du stress post-traumatique); échelle modifiée des symptômes traumatiques – Falsetti- évaluation de la fréquence des critères du stress post-traumatique et de l'intensité de ces symptômes ; échelle d'impact de l'évènement révisée (Weiss et Marmar) : évaluation du degré actuel de l'impact subjectif d'un évènement stressant spécifique ; inventaire de

détresse péri traumatique (Brunet) : évaluation du critère A2 du stress post traumatique du DSM IV. Il est également à signaler que dans le MMPI 2, deux échelles, Pk et Ps, sont destinées à évaluer le stress post-traumatique et à différencier les patients présentant ce trouble d'autres sujets psychiatriques et de sujets contrôles.

Par ailleurs, on cite l'inventaire-échelle de névrose traumatique, dite échelle ALFEST, a été étalonnée et validée au cours des années 1989-1992. Elle comprend quatre feuillets : le traumatisme, les antécédents et la personnalité antérieure, la symptomatologie présente, l'autoévaluation par le patient (Crocq, 1999 : 184). On trouve également le questionnaire de stress immédiat de Crocq, Cremniter et Coq, comportant 20 items (symptômes) sur une échelle de 0 à 5 d'intensité (Crocq, 2012 : 44).

On a retrouvé également le test du trauma symptoms inventory, deuxième édition (TSI 2). Cet inventaire des symptômes liés au trauma, est un instrument auto-rapporté qui comprend 136 items évalués sur une échelle de 0 (jamais) à 3 (souvent) en tenant compte des six derniers mois, et ce, sans référence à un trauma spécifique. Les items sont catégorisés en 4 facteurs composés d'échelles et de sous-échelles. Cet instrument s'adresse aux adultes, âgés de 18 à 88 ans. Il peut être administré de manière individuelle ou en groupe. La durée moyenne pour y répondre est de 20 minutes (Godbout, Cyr, 2016).

Enfin, on attire l'attention sur l'apport incontestable des épreuves projectives dans l'évaluation du traumatisme psychique. Cet apport a été démontré dans de nombreux articles, dans il est malheureusement impossible d'aborder ici d'avantage. Traditionnellement, les études qui portent sur le psycho-traumatisme se basent sur les entretiens cliniques ou sur des échelles spécifiques, mais, ces dernières années, plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'apport des méthodes projectives (Smith, Perrot, Chahraoui, 2012 : 121).

Ainsi, l'apport du Rorschach dans l'évaluation du psychotrauma est incontestable et ce depuis l'application de Kardiner du test pour les névroses de guerre et celle de Van der Kolk et Ducey pour les vétérans du Vietnam (Crocq, 1999 : 185).

Plus tard, Roman (2006) relève des situations projectives dans lesquelles l'évènement traumatique s'inscrit selon plusieurs modalités, notamment, des manifestations de sidération psychique : chocs, refus, désorganisations spatio-temporelles. Certaines constantes renvoient à une mise à mal des capacités d'*insight*, à une passivité du Moi qui se laisse déborder par la défense. Elles peuvent être considérées comme les premiers analyseurs de l'impact traumatique de la réalité externe sur la

réalité psychique des sujets. Les associations des sujets peuvent être le reflet d'une pluralité d'effraction des contenants physiques, des enveloppes corporelles, des limites dedans/dehors, des enveloppes psychiques, du « Moi-peau contenant », envisagé dans sa double fonction de contenance et de pare-excitation, d'une part, et d'échange avec l'environnement et la rétention, d'autre part. En outre, ces effractions trouvent une occurrence dans la configuration du « Moi-peau passoire » (Roman, 1992) : la maintenance, la contenance, le pare-excitation, l'individuation, l'intersensorialité, le soutien de l'excitation sexuelle, la recharge libidinale et l'inscription des traces constituent les huit fonctions du Moi-peau, décrites par Anzieu (1985).

L'apport des kinesthésies au fonctionnement cognitif peut indiquer des capacités de mentalisation et un recours à l'imaginaire (non pathologique), afin de se dégager du trauma. Elles permettent, en outre, de repérer la complexité du fonctionnement mental, des potentialités créatrices ou être le signe d'une intériorisation effective des conflits. L'enjeu des kinesthésies, dans l'expression des mouvements pulsionnels, se décline selon plusieurs points : l'appel massif à l'identification, ce qui sollicite des associations fantasmatiques et conflictuelles ; l'analyse économique : les quantités agressives ou libidinales entraînent-elles des débordements ? l'articulation des processus de pensée avec le monde interne : traitement du pulsionnel ; l'élaboration des conflits : est-elle possible ou entravée ? la fonction défensive : formation réactionnelle, clivage, évitement, déni, refoulement, dénégation (Mazoyer, 2014 : 339). Le TAT est également un outil d'évaluation psychologique très important en matière de psychotrauma car il permet de cerner les traces traumatiques. Roman (2017) écrit à ce propos « Ces vécus traumatiques se traduisent par un certain nombre d'expressions projectives (catastrophes de symbolisation) qui témoignent de la mise en échec des processus de symbolisation » (Roman, 2017 : 265).

Par ailleurs, le dessin peut également servir d'outil pour évaluer le traumatisme psychique. Dans son livre, Cognet (2011) aborde la question de l'expression du vécu traumatique à travers les productions graphiques, notamment chez les enfants.

Dans ce cadre Doray et Louzoun (1997) écrivent que le dessin et le jeu sont des outils d'évaluation très utiles au diagnostic d'état de stress post-traumatique chez l'enfant. Pour Romano (2012) l'observation du jeu est un outil diagnostique qui permet de ne pas laisser l'enfant seul dans sa souffrance. Le jeu traumatique fait suite au jeu post-traumatique conceptualisé par Terr en à partir de 1976. Ainsi, tenir compte du jeu

post-traumatique est un incontournable tant dans l'évaluation que pour le traitement des jeunes enfants traumatisés.

De ces instruments, citons la *Trauma Play Scale* (TPS ; Findling et al, 2006 ; Myers, 2008 ; Myers, Bratton, Hagen et Findling, 2011) qui est une échelle d'observation directe qui permet de discriminer les enfants traumatisés de leurs pairs non traumatisés (qu'ils soient ou non suivis en clinique). La TPS est une grille d'observation directe élaborée à partir des travaux de Terr (1983, 1990) mais également d'autres experts dans le domaine (Eth, 2001 ; James, 1989, 1994 ; Nader et Pynoos, 1991 ; Schaefer, 1994). Les auteurs ont démontré que la TPS valide le contenu du construit JPT. Ils ont créé 80 items, qu'ils ont soumis à des juges experts, par focus groupe. Le deuxième outil présenté a été élaboré par Cohen et al. (2010) qui ont voulu examiner le jeu post-traumatique des enfants ayant été exposés à des attaques violentes en raison d'événements traumatiques collectifs (p. ex., guerre), et non ceux victimes de traumatismes relationnels (Nérette, Jourdan-Ionescu, Milot, 2018 : 106).

Ainsi, une des raisons pour lesquelles il est nécessaire d'évaluer le type de patient traumatisé est que chacun d'entre eux a des besoins thérapeutiques différents (Rothschild, 2008 : 89).

En effet, le but ultime et noble de toute évaluation psychologique est sans aucun doute la prise en charge psychothérapeutique du sujet souffrant.

3. Problématique de l'application des tests psychologiques dans la société algérienne

Boucebci (1979) souligne la difficulté d'application des tests psychologiques dans le milieu algérien. Ainsi, les tests utilisés en psychiatrie sont tous d'origine occidentale, et s'ils sont d'un grand recours, notamment les tests projectifs (Rorschach surtout), ils fournissent souvent des résultats difficilement concluants et très aléatoires. Les tests d'aptitude et de connaissances (Brunet-Lézine, Wechsler...) ou les tests projectifs (Rorschach, Bonhomme, l'Arbre, la Maison) ne peuvent être utilisés en dehors d'une référence au milieu culturel. L'auteur affirme dans un autre texte que l'abord psychométrique soulève de très nombreuses questions et polémiques. Conçus pour et étalonnés auprès de populations de culture occidentale, les tests sont de plus en plus utilisés dans d'autres régions du monde. Cette extension se fait fréquemment sans discernement, avec une méconnaissance des critères fondamentaux de l'instrument psychométrique. Ce type de démarche est d'autant plus délicat qu'en fait il n'existe pas de test

dépourvu de connotations culturelles (Boucebci, Yaker-Keiser, 2004 : 2220).

La question de l'adaptation des tests psychologiques se pose de plus en plus. Benouniche (1980) écrit à ce sujet « Progressivement les psychologues algériens ont pris conscience que certaines caractéristiques propres au pays, à son histoire, sa culture, son développement se répercutaient dans leur pratique quotidienne tant sur le plan strictement métrique que sur le plan clinique. Après avoir arabisé les consignes, supprimé les tests verbaux, ils remettent maintenant en cause l'utilisation de l'ensemble des tests, réétalonnés ou non, y compris les tests dits « Culture Free ». Se pose alors le problème de l'utilisation diagnostique et pronostique des tests dans une société en mutation (...) L'impact du culturel peut être analysé non seulement à travers les aspects notionnels des tests mais aussi à travers la situation d'examen psychologique elle-même, car il ne suffit pas d'évaluer les niveaux de performance, il faut aussi savoir interpréter les comportements. Par ailleurs, du fait d'une situation linguistique complexe, impliquant non seulement la coexistence de plusieurs langues de communication, mais aussi le recours à des langues de culture dont les caractéristiques structurales sont fondamentalement différentes, le psychologue est confronté à un problème linguistique lourd de conséquences » (Benouniche, 1980 : 1980). De son côté, Ait-Sahalia (1983) estime que les problèmes de langue sont nombreux : la traduction littérale d'une consigne ne suffit pas à la rendre intelligible à l'enfant, car l'équivalent de certains termes de la consigne n'existent pas en arabe dialectal ou en berbère (Ait-Sahalia, 1983 : 357).

Bellagh (1985) va dans le même sens, en estimant qu'il existe des inconvénients résultant de l'application aux populations du Maghreb (ici, en Algérie) de tests initialement mis en œuvre dans les pays occidentaux. De ce fait, Al-Issa et Bouchafa (1988) aborde la nécessité de l'adaptation et la validation des tests de personnalité et de l'intelligence.

Plus récemment, Matar Touma et Moussalem (2016) plaide en faveur de la possession d'un matériel d'évaluation adapté à la population qu'il traite. L'examinateur est également tenu d'être familier avec les facteurs socioculturels du sujet examiné pour éviter les résultats biaisés. Ils écrivent ceci « L'adaptation d'un test psychologique n'est pas une simple traduction. Elle tient compte de plusieurs facteurs. Outre les caractéristiques de base relatives à la construction d'un test – l'échantillonnage, la standardisation, la mesure objective, la fidélité et la validité – viennent s'ajouter, la langue du pays concerné par l'adaptation,

le vocabulaire et surtout la culture » (Matar Touma, Moussalem, 2016 : 5).

Toutefois, Ait-Sahalia (1983) met en garde contre le rejet catégorique des tests psychométriques venus d'ailleurs, il écrit à ce propos « Périodiquement reparaît, en Algérie comme dans bien des pays jeunes à la recherche de leur identité nationale, la tentation, au nom d'une originalité culturelle indéniable, de refuser la démarche scientifique elle-même pour appréhender cette originalité, comme si la démarche scientifique, importée d'Occident, allait ternir ou contaminer la spécificité culturelle algérienne. Cette erreur et ce faux raisonnement confond l'objet étudié (la culture algérienne) avec la méthode d'investigation. On en vient à se réfugier dans l'intuitionnisme et l'obscurantisme, qui ne sont jamais que des formes de terrorisme intellectuel dangereux pour l'avenir de toute démocratie. Alors à se réfugier dans l'intuitionnisme et l'obscurantisme, qui ne sont jamais que des formes de terrorisme intellectuel dangereux pour l'avenir de toute démocratie (Ait-Sahalia, 1983 : 360-361).

De son côté, Couchard (1999) relève des difficultés liées à l'usage, l'adaptation et l'interprétation transculturelle du Rorschach et du TAT. D'autres réflexions sur l'usage du Rorschach et du TAT dans des cultures non occidentales, « exotiques », ont été faites par Douville. Le Rorschach est un test non figuratif constitué de tache d'encre. Il serait applicable à toutes les cultures, à condition que les sujets « tester » se laissent aller à dire, sur la base du percept, ce que « cela pourrait être ». Quant au TAT, les planches dessinées par Murray préserve l'ambiguïté des situations suggérées plus qu'elles les imposent. Elles introduisent un certain flou dans les traits des personnages, une équivoque sur leur âge et leur sexe, de même que dans les sentiments que l'on peut leur attribuer, et qui sont marqués du sceau de l'ambivalence ou de la contradiction (Bika, 2011 : 73).

Concernant les outils spécifiques au psychotrauma, les choses ne sont guère très différentes. Culture et psychotrauma est aujourd'hui l'objet du même débat que celui de culture et trouble mental. Il en est ainsi pour les outils d'évaluation du trauma.

À ce sujet, il paraît essentiel de solliciter les éditeurs de tests pour la réalisation d'études préalables sur les biais, pour traduire et étalonner les tests les plus courants dans les langues les plus parlées et pour diffuser largement, via les manuels, les informations relatives aux biais identifiés et aux adaptations et traductions existantes. À défaut d'outils d'évaluation clinique actualisés et adaptés aux situations interculturelles rencontrées, nous passons en revue les épreuves les plus fréquemment

utilisées dans la clinique et la formation de psychologues dans le monde et les pistes à travailler, sachant que certaines épreuves sont plus faciles d'utilisation que d'autres : Choisir les outils en fonction de leurs caractéristiques techniques et psychométriques ; préférence pour les épreuves projectives aux tests niveaux ; le besoin de prudence et de recul dans l'interprétation des résultats aux épreuves proposées et interpréter/analyser l'écart entre les diverses productions de la personne évaluée ; retenir la notion test-re-test et la prise en compte de l'impact des facteurs culturels dans la perception du contenu manifeste des stimuli et des projections et la précaution dans l'affirmation des diagnostics définis (Fernandez, 2011 : 208).

Il paraît également essentiel aujourd'hui, pour des raisons historiques et cliniques, que les cliniciens algériens œuvrent dans le sens d'élaborer des outils d'évaluation du psychotrauma. L'association pour l'aide, la recherche et le perfectionnement en psychologie (SARP), a conçu le test amin (a), un test de diagnostic, confectionné par l'équipe de recherche de l'association en question, dans le but de diagnostiquer le trauma chez l'enfant.

Conclusion :

L'évaluation du traumatisme psychique est indispensable dans le travail du clinicien, car elle est une aide précieuse pour poser le diagnostic. Toutefois, leur utilisation est déconseillée dans les situations d'urgence où le normal se confond avec le pathologique. Par ailleurs, la nécessité d'adapter les différents outils de mesure à la société algérienne est claire. Néanmoins, faute de cette adaptation, le clinicien algérien se doit de prendre des précautions pour éviter les biais culturels éventuels. L'adaptation voire la création de nouveaux tests fiables et valides, en psychotrauma, constitue un projet de recherche directement utiles pour la pratique psychologique en Algérie.

Bibliographie:

1. Ait-Sahalia, R. (1983). Quelques réflexions sur la recherche et l'enseignement de la psychologie en Algérie. *Enfance*, 36 (4), 351-362.
2. Al-Issa, I., & Bouchafa, H. (1988). Quelques observations sur la psychologie en Algérie : une perspective transculturelle. *International Journal Of Psychology*, 23 (1-6), 249-256.
3. Américain Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 5* (5 e éd ; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.

4. Andronikof, A. (2017). Quelques repères à propos de l'évaluation psychologique. *Le journal des psychologues*, 7 (349), 14-17. DOI : 10.3917/jdp.349.0014. URL: <https://www-cairn-info.www.sndll.arn.dz/revue-le-journal-des-psychologues-2017-7-page-14.htm>
5. Barrois C (1998). *Les névroses traumatiques* (2 e éd). Paris, France : Dunod.
6. Beck JG, Grant DM, Read JP, et al. (2008) The Impact of Event Scale-Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of anxiety disorders* 22:187-198
7. Bellagh, M-A. (1985). Réflexions méthodologiques sur la pratique des tests en Algérie. *Horizons Maghrébins*, 3-4, 42-47.
8. Bika, G. (2011). *Les logiques de survie des réfugiés de guerre*. Thèse de doctorat en psychologie. France : Université de Lyon 2.
9. Bioy, A et Fouques, D. (2008). *Psychologie clinique et psychopathologique*. Paris : Dunod.
10. Blake, D. (1990). *Guide. National center for PTSD*. National Center for Posttraumatic Stress Disorder. Behavioral Science Division – Boston.
11. Boucebc, M. (1979). *Psychiatrie, société et développement en Algérie*. Alger : SNED.
12. Boucebc, M., & Yaker-Keiser, A. (2004). Psychopathologie infant-juvénile dans le pays en développement. In S. Lebovici (Dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp.2239-2283). Paris : PUF.
13. Cagnet, G. (2011). *Comprendre et interpréter les dessins d'enfants*. Paris : Dunod.
14. Conradi, S et Régnier, M. (2019). De la question de l'évaluation psychologique et de la psychométrie en douleur chronique. *Pratiques psychologiques*, 25 (1), 51-61. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.02.002>
15. Couchard, F. (1999). *La psychologie clinique interculturelle*. Paris : Dunod.
16. Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob.
17. Doray, B., & Louzoun, C. (1997). *Le traumatisme dans le psychisme et la culture*. Paris : Erés.
18. Fernandez, E-C. (2011). L'évaluation psychologique en situation interculturelle (pp.193-209). Dans G. Pirolot (Dir.), *comprendre et traiter les situations interculturelles*. Bruxelles : De Boeck.
19. Freud, S. (1920-2013). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris, France : PUF.
20. Godbout, N et Cyr, G. (2016). *Trauma symptom inventory TSI-2*. UQAM. Canada.
21. Guay, S. (2006). *Les troubles liés aux évènements traumatiques*. France : PUM.
22. Houdry, P-M. (2017). Les usages de l'évaluation psychologique. *Le Journal des psychologues*, 7 (349), 12-12. DOI : 10.3917/jdp.349.0012. URL: <https://www-cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2017-7-page-12.htm>.
23. Laplanche, J. et Pontalis, J-B. (1994). *Vocabulaire de la psychanalyse* (12 e éd). Paris, France : PUF.
24. Lebigot, F. (2011). *Le traumatisme psychique* (2 e éd). Paris, France : Fabert.
25. Matar Touma, V., & Moussallem, Y. (2016). La nécessité de l'adaptation d'un test cognitif à la culture arabe-le cas du WISC IV. *Pratiques psychologiques*, 22 (1), 75-85.

26. Mazoyer, A-V. (2014). Contributions du Rorschach à la clinique du trauma, *Bulletin de psychologie*, 4 (532), 331-348.
27. Nérétte, P-A., Jourdan-Ionescu, C., & Milot, T. (2018). Le jeu post-traumatique. *Revue québécoise de psychologie*, 39 (2), 93-113.
28. Prins, A. (1999). The Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD). Paper presented at the 15th annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Miami, FL.
29. Roman, P. (2006). Le temps et le traumatisme : une approche clinique et projective, dans B. Chouvier., & R. Roussillon (Dir.), *La temporalité psychique. Inconscient et culture* (pp.75-92). Paris : Dunod.
30. Roman, P. (2017). Traces traumatiques et figures projectives des catastrophes de symbolisation. *Bulletin de psychologie*, 4 (550), 265-273.
31. Romano, E. (2012). *L'enfant face au traumatisme*. Paris : Dunod.